韓 國 保 健 看 護 學 會 誌
Journal of Korean Academy of Public Health Nursing
Volume 24. No. 1, 61 - 70, March 2010

중심단어 : 의료급여, 사례관리, 텔레케어

의료급여텔레케어사업 효과*
- 일 시범지역을 대상으로 -

오 진 주**

Ⅰ. 서 론

1. 연구의 필요성

의료급여제도는 일정 수준 이하 저소득층을 대상으로 그들이 자력으로 의료문제를 해결할 수 없는 경우 국가재정으로 의료보장을 해주는 주요 사회보장제도이다. 최근 의료급여제도는 수급자 수의 증가 및 의료이용 증가로 인해 정부재정의 부담으로 작용하고 있다. 의료급여 진료비는 1992년 이후 꾸준히 상승하는 양상을 보여 왔으며 그 증가율은 최근에 더 높아지고 있어, 2005년 총 의료급여 비용은 3조 2,372억 원으로 전년도 대비 23.8% 증가하였다(Ministry of Health, Welfare and Family affairs, 2008). 이러한 의료급여의 증가율은 건강보험보다도 더 높은 것으로 특히 최근 그 증가 속도는 더욱 빠른 양상을 보인다. 한편 진료기간 장기화, 약물중복·과잉 투약사례 등의 의료남용 및 도덕적 해이가 문제로 지적되고 있고 이로 인해 의료급여제도가 과연 저소득층의 건강에 얼마나 기여했는지에 대한 비판이 제기되고 있다(Shin, 2005). 의료급여제도 운영의 비효율성은 비록 의료급여수급권자들이 저소득층이고, 건강보험에 비하여 노인인구가 3.6배 장애인은 4배, 희귀난치성질환은 21배나 더 많은 등 중증·복합질환자 비율이 높아 의료이용이 더 많을 수밖에 없음을 감안하더라도 불필요한 장기입원 경향과 비용소모적인 중복외래진료 현상이 발생하고 있음에서 잘 나타난다(Shin, Choi, Shin, Hwang, & Yoon, 2005). 이렇듯 의료급여 재정이 해마다 큰 폭으로 증가하고 있는 상황에서 효율적인 재정관리 필요성이 커지는 한편 의료급여수급권자의 만족도와 건강수준은 오히려 저하된다는 문제점에 대한 대안으로, 보건복지부는 의료급여사례관리요원을 배치하기 시작하였다(Lee, Kim, Choi, & Kang, 2003). 보건의료 분야에서의 사례관리는 "질과 비용-효과적인 결과를 향상시키기 위해 커뮤니케이션과 가용한 자원을 활용하여 개인의 건강 필요에 맞는 선택사항과 서비스를 사정, 계획, 시행, 조정, 모니터, 평가하는 협동적 과정"(Mullahy, 1998)으로 정의될 수 있다.

사례관리는 본질적이면서 때로는 상호갈등적인 2가지 목표를 갖는다. 첫째는 보호 혹은 서비스의 질을 향상하는 것이며, 둘째는 그 보호를 위한 비용을 통제하는 것이다(Frankel & Gelman, 2004). 의료급여사례관리 요원은 2003년 처음 28명이 배치된 이래 의료급여관리사로 명칭이 변경되었으며, 이후 점차 전국적으로 확대되어 2008년 현재는 440명이상이 전국 234개의 시.군.구 지방자치단체에 배치되어있다(Ministry

* 이 연구는 2009년도 단국대학교 대학연구비의 지원으로 연구되었음.
** 단국대학교 간호학과 교수(교신저자 E-mail: jinjoo@dankook.ac.kr)
투고일: 2009년 11월 5일 심사의뢰일: 2009년 11월 14일 게재확정일: 2010년 2월 24일

of Health, Welfare and Family affairs, 2008). 의료급여관리사는 일차적으로 사례관리로서 의료급여 대상자에 대한 상담과 자원연계를 통해 건강관리능력을 향상시키고 의료비를 절감하는 것을 목표로 하는 것이었다(Ministry of Health, Welfare and Family affairs, 2007a).

의료급여사례관리의 목적은 질병, 빈곤 등 복합적 문제를 갖고 있는 수급권자를 대상으로 건강관련 정보제공 및 상담, 지역사회 자원연계 등 수급권자 욕구중심의 사례관리 서비스를 제공하여 수급권자의 서비스 만족도, 자율적인 건강관리 능력, 삶의 질 향상을 제고하기 위함이다. 이러한 의료급여관리사의 주요 업무는 첫째, 과다의료 이용자의 적정의료 이용 유도를 위한 정보제공 및 상담업무, 둘째, 의료급여수급권자의 건강관리 등에 필요한 정보제공 및 상담업무, 셋째, 수급권자에게 필요한 보건복지서비스 연계 업무, 넷째, 의료급여수급권자의 의료급여기관 선택에 관한 업무, 다섯째, 의료급여일수 연장승인 대상자에 대한 의료적 판단 업무, 여섯째, 기타 보건복지에 관한 전문지식이 필요한 업무이다(Korea Human Resource Development Institute for Health and Welfare, 2008). 이러한 의료급여사례관리 사업은 2003년부터 각 지역에 2-3명의 의료급여관리사를 두고 시행해 왔으며, 그 결과 대상자들의 삶의 질과 건강관리 수준이 높아졌고(Lee, Kim, Choi, & Kang, 2003), 외래·약국 진료일수·진료비 감소 등 효과가 나타나는 것으로 제시되고 있다(Ministry of Health, Welfare and Family affairs, 2008). 의료급여수급권자의 대다수는 초등학교 이하 학력의 고령자가 많고, 의료이용에 대한 정보의 취약성으로 합리적 의료이용을 위한 의사결정에 전문가의 도움이 필요하며, 건강관리능력 저하로 건강보험 가입자에 비해 만성 질환의 유병기간이 길고 합병증 발생률이 높고, 특히 독거노인 수급권자는 질환관리를 위한 밀착 상담이 필요하다는 점에서 적절한 전문가의 도움이 요구된다(Kim et al., 2007). 그러나 기존의 사례관리는 소수를 대상으로 하여 집중적으로 사례관리를 하는 형태였기 때문에 그 효과가 매우 제한적이라는 지적이 있어왔다. 소수 과다 의료이용자 중심 사례관리로는 효율적인 의료급여 재정 안정화에 한계가 있기 때문이다. 따라서 과다·과소 의료 이용자의 사전 발굴 및 예방 전략으로 수급권자의 불합리한 의료이용으로 인한 건강 위험요인 사전 차단 필요성이 제기되었다. 즉, 의료급여관리사 1인이 담당해야 할 의료급여수급권자의 수가 지나치게 많아 사례관리 대상자가 극히 제한되어 있는 상황에서 수급권자에 대한 사례관리를 확대하고, 만성질환 증가에 대응하기 위한 개인의 자기건강관리능력 함양을 통해서 의료급여비용의 효율적 사용이 가능하도록 의료급여사례관리 사업을 개선할 필요성이 제기되었다. 이에 보건복지가족부 기초의료보장팀은 2007년부터 전체 수급권자를 대상으로 전화·방문을 이용하여 의료급여 이용 및 상담, 보건과 복지자원 연계 등의 사례관리를 적시에 밀착 제공하는 텔레케어 사업을 11개 시군구에서 시범적으로 시행하였다(Ministry of Health, Welfare and Family affairs, 2007b). 의료급여텔레케어사업의 추진을 위해 시범지역에는 의료급여수급권자 밀집지역 등 지역별 특성을 고려하여 시군구 주민생활지원국에 「의료급여텔레케어센터」를 설치하였다. 이러한 텔레케어 사업은 현재 시범사업의 일환으로 진행되고 있어, 그 효과 여부에 따라 추후 확대 시행되거나 혹은 폐지가 될 것이다. 따라서 서울시 일개 구에서 이루어진 텔레케어 사업에 대해 그 효과를 검증함으로써 본 사업의 정책 시행의 기초자료로 제시하고자 한다.

2. 연구 목적

본 연구의 목적은 서울의 일개 구에서 실시된 의료급여텔레케어 시범사업에 대해 사업운영 결과를 분석하기 위함이며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

1) 의료급여텔레케어사업 실적을 파악한다.
2) 의료급여텔레케어사업으로 인한 진료비 감소 효과를 분석한다.

Ⅱ. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 서울시 일개 구에서 시행된 텔레케어센터의 사례관리사업의 성과를 검증하기 위한 서술연구로서 사례관리서비스의 효과 분석을 통해 의료급여텔레

케어사업의 활성화를 위한 기초자료를 제공하고자 시도되었다.

2. 연구 대상

본 연구대상은 의료급여텔레케어 시범사업이 이루어진 전국 11개 지역 중 서울시내 일 개 구의 센터에서 의료급여사례관리를 적용받은 의료급여수급권자 9,714명이었다. 이 지역의 총 인구는 557,842명이었으며 의료급여수급권자 수는 22,344명으로서 전체 인구의 4.0%에 해당하는 비율이었다(Table 1). 사업 결과를 분석하기 위한 사업 수행기간은 2007년 7월 1일 부터 12월 31일 까지였다.

3. 시범사업 준비, 운영 및 관리

1) 의료급여텔레케어사업

의료급여사례관리사업은 보건과 복지의 복합적 문제를 갖고 있는 의료급여수급권자를 대상으로 전화·방문을 이용하여 의료급여 이용 및 건강관리 상담, 보건과 복지자원 연계 등의 사례관리를 적시에 밀착 제공함으로써 수급권자의 자가 건강관리 능력을 향상시켜 삶의 질 제고 및 의료급여 재정 안정화에 기여하기 위한 보건복지가족부 사업이다. 의료급여텔레케어사업은 의료급여사례관리사업과 동일한 목적을 가지며, 다만 기존의 의료급여사례관리사업 대상자가 한정적이었던 것에 비해, 그 대상자를 일정 지역 내의 수급권자 전체를 대상으로 확대하기 위한 사업이라는 점이 상이하다.

2) 조직구성 및 사업 진행

본 사업을 위한 지역자문단을 설치하였으며, 구성원은 주민생활 지원 국장을 단장으로 하고, 보건소장 및 전문가 4명(보건학, 예방의학, 간호학, 사회복지학 전공)을 포함하여 총 6명으로 구성하였다. 이들 자문단은 의료급여관리사들과 정기적인 사례회의에 참석하여 의료급여관리사의 서비스 제공 계획과 서비스 조정, 연결 등에 대해 함께 평가하였다. 사업 인력으로는 보건복지부의 지침 사항인 수급권자 2,000명당 의료급여관리사 1인이라는 배치기준에 따라 10명의 간호사를 채용하였다. 10명의 의료급여관리사들은 담당지역별로 배치되어 사례관리서비스를 수행하였다.

3) 중재 서비스 제공

의료급여사례관리는 보건복지가족부의 지침에 의거하여 제공되었으며 지침에 이한 의료급여사례관리의 내용은 다음과 같다.

- 의료급여 제도 안내 및 상담
- 과다· 과소 의료이용자의 합리적 의료이용
- 수급권자에게 필요한 보건·의료·복지 서비스 자원 연계
- 자가 건강관리 능력 제고를 위해 필요한 건강관리 정보 제공
- 심리적 상담 및 지지
- 의료급여기관으로부터의 수급권자 권리 옹호

4) 대상자 분류기준

의료급여사례관리 대상자는 보건복지행정통합전산망을 통해 수급권자의 인적사항 및 관련 보건복지정보를 얻었다. 대상자는 지역 내 전체 수급권자이나 1차적으로는 신규 의료급여수급권자, 질환상태를 고려한 의료이용 과다·과소이용자, 선택병의원 대상자 등이 우선 대상이 되었다.

대상자에 대한 1차 전화상담시 기초조사표에 의거 사정하여 군 분류를 하였다. 군 분류의 기준은 건강상태와 건강관리수준, 의료자원 활용정도, 가족자원, 생활환경, 사회적 지지 정도로서, 대상자 군은 일시/유지/집중/위기관리군으로 분류되었다. 대상군의 특성에 따라 개입형태와 제공서비스의 내용은 보건복지부 지침에 의거하였다(Ministry of Health, Welfare and Family affairs, 2007b).

Table 1. Status of Medicaid Program Clients in the Area

	Male n(%)	Female n(%)	Total N(%)
Medical aid beneficiaries	9,701(43.4)	12,643(56.6)	22,344(100.0)
Total population	75,777(49.4)	82,065(50.6)	557,842(100.0)

Table 2. Intervention Guidelines for Each Group

	Temporary management	Maintenance management	Integrated management	Crisis management
Type of intervention	-Letter -Phone calling -Home visiting	-Letter -Phone calling 2 times/month -Home visiting	-Regular letter -Phone calling 2 times/month -Home visiting	Referral to hospital
Length of Intervention	Temporary	12 weeks (Phone calling 2-6 times & home visiting 1-2 times)	12 weeks (Phone calling 6 times above & home visiting 3 times above)	

5) 시설 및 장비

주요 사업수단인 전화 상담을 용이하게 하기 위해 대상자와 의료급여관리사와의 직통 전화 연결이 가능하도록 하였다. 또한 전화 연결 시 자동으로 대상자의 정보가 화면에 나타나게 해주는 콜 매니저라는 시스템을 도입하였다.

6) 사례관리서비스 기록

사례관리에 대한 정보는 컴퓨터의 정보서식에 입력되었으며, 내용은 대상자에 대한 기초정보 내용, 의료급여기관 이용현황, 수급자 욕구사정, 자원연계 현황, 수행기록 일지, 평가 및 사후관리, 사례관리 결과 실적 등이었다.

7) 의료급여관리사 직무교육

의료급여관리사의 직무능력을 향상시키기 위해 지자체에서의 교육을 12회 실시하였다. 교육은 보건복지행정망, 콜 매니저 시스템, 사례관리 이해 외에 의료급여제도, 지역 내 복지자원 이해, 의료급여연장승인 등록관련 교육 및 국민기초생활보장과 자원연계와 관련되어 장애인복지, 자활고용 및 아동복지 등에 대한 교육이었다.

4. 연구 도구

1) 자원연계 분석

의료급여텔레케어 사업실적을 파악하기 위하여 기록된 자원연계 횟수를 파악하였고, 사업 자료가 입력된 업무기록에 대해 통계분석을 실시하였다.

2) 의료급여비 분석

진료비 분석자료는 조사 지역 의료급여수급권자에 대한 2006, 2007년도 각각에 대한 건강보험 공단의 진료비 청구 자료로서 각 년도 별로 1월 1일부터 12월 31일간의 진료일수를 기준으로 조사되었다. 사용된 용어는 다음과 같다.

- 급여일수 : 의료급여수급권자가 병·의원에서 진료받은 일수와 약국에서 약을 조제 받은 일수.
- 급여비란 의료급여수급권자의 진료 및 약제비를 위해 의료급여 기금에서 지출된 총 금액.

5. 자료 분석

사례관리 실적은 센터에서 입력한 업무자료를 SPSS WIN Version13 프로그램을 이용하여 전산 처리하였으며 빈도와 평균율로 분석하였다. 진료비 분석은 건강보험공단 자료를 사용하였다.

6. 자료의 제한점

본 연구는 일 지역에서 6개월 동안 이루어진 사례관리사업의 결과를 제시한 것으로 사업효과에 대해 사업량과 진료비 변화만을 제시하였다. 따라서 사업을 통한 대상자 건강수준, 건강관리능력 및 삶의 질 변화에 미치는 영향 등에 대해서는 입력된 자료가 없어 검증하지 못하였다.

Ⅲ. 연구 결과

1. 상담실적

1) 상담대상자

6개월간의 사례관리 대상자는 총 9,714명이었다. 이는 지역 내 총 의료급여수급권자 22,344명의 43.4%였다(Table 3). 성별로는 여자 61.8%(6,002명), 남자 38.2%(3,712명)로 여자가 많았다. 연령으

Table 3. Number of Subjects for Case Management

	Male		Female		Total	
	n	%	n	%	n	%
No of subjects for case management	3,712	38.2	6,002	61.8	9,714	100.0
No of medical aid beneficiaries	9,714	43.4	12,643	95.6	22,344	100.0

로는 70대가 22.0%(2,136명)으로 가장 많았고, 그 다음으로 50대 19.6%(1,900명)가 많았다

군별로는 일시관리군 43.9%(4264명), 유지관리군 28.5%(2763명), 집중관리군 23.9%(2317명), 위기관리군 3.7%(363명)로 나타났다(Table 4).

Table 4. General Characteristics of Subjects for Case Management

Variables	Categories	n	%
Gender	Male	3,712	38.2
	Female	6,002	61.8
Total		9,714	100.0
Age	Under 19	259	2.7
	20-29	454	4.7
	30-39	499	5.1
	40-49	1,684	17.3
	50-59	1,900	19.6
	60-69	1,546	15.9
	Above 70	3.372	34.8
Total		9,714	100.0
Group	Temporary group	4,264	43.9
	Maintenance group	2,763	28.5
	Integrated group	2,317	23.9
	Crisis group	363	3.7
Total*		9,707	100.0

* Excluding missing cases.

2) 상담대상자 1인당 상담 횟수

대상자에 대한 상담횟수는 많게는 한 대상자에게 15번까지 시행한 것으로 나타났다. 상담횟수 별 분포는 1회 상담한 대상자가 가장 많아서 34.2%(3,318명)을 차지했으며, 그 다음으로 2회가 27.2%(2,643)이었다. 10회 이상 상담한 대상자는 124명(1.3%)이었다(Table 5).

수급자 1명에 대한 평균상담횟수는 2.58회였다.

3) 상담종류(서신/전화/방문 등)별 사업 실적

상담종류별로 살펴보면 서신상담이 가장 많아서 51.0%(12,872명)였으며, 그 다음으로 전화상담이 41.0%(10,128명), 방문상담이 8.0%(1,950명) 및 내소 상담이 0.03%(7명)이었다(Table 6).

9,714명의 등록대상자중 가정방문은 1950건으로 방문비율은 20.1%이었다.

Table 5. Number of Consultation for Subjects

	n	%
1 time	3,318	34.2
2 times	2,643	27.2
3 times	1,700	17.5
4 times	870	9.0
Above 5 times	1180	12.2
Total no of subjects*	9,711	100.0
Total no of consultation	25,016	100.0
Mean of consultation	2.58	

* Excluding missing cases.

2. 서비스 연계 실적

사업기간 동안 지역사회 자원에 의뢰된 건수는 총 213건이었다. 가장 많은 연계는 건강서비스로서 무료건강검진(113건)이었으며, 그 다음이 U-안심폰(47건), 정신보건서비스 연계(15건)이었다. 총 의뢰건수 중 성공적으로 처리된 건수는 187건(87.8%)이었다. 10건은 현재 진행 중이고, 9건은 실패 한 것으로 나타났다(Table 7).

3. 진료비 변화

Table 6. Number of Subjects by Means of Consultation

	Telephone		Home visiting		Letter		Visiting of subjects		Total number of consultation*	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
No(%)	10,128	41.0	1,950	8.0	12,872	51.0	7	0.03	24,957	100.0

* Excluding missing cases.

Table 7. Referral to Community Resources and Its' Status (n=213)

Category		Status of referral							
		Success		In process		Fail		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Aid for medical service	Aid for medical service cost	0	0.0	1	5.9	0	0.0	1	0.5
	Wireless paging	0	0.0	5	29.4	0	0.0	5	2.3
	U -safety phone	47	25.1	0	0.0	0	0.0	47	22.1
	Free health exam service	113	60.4	0	0.0	0	0.0	113	53.1
Nursing service from public health care center	Educational class for D.M	1	0.5	0	0.0	0	0.0	1	0.5
	Regular management for B.P & D.M	3	1.6	0	0.0	0	0.0	3	1.4
	Home visiting service	1	0.5	0	0.0	0	0.0	1	0.5
Help for life	Papering walls	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Installing hand rail	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Service for the elderly	Help for household chores	5	2.7	0	0.0	3	33.3	8	3.8
	Delivering bread	2	1.1	0	0.0	1	11.1	3	1.4
Support for vehicles and bathing	Supporting for vehicles	0	0.0	1	5.9	0	0.0	1	0.5
	Mobile bath room	0	0.0	1	5.9	1	11.1	2	0.9
Volunteer	Accompanying hospital visiting and helping adl	0	0.0	4	23.5	0	0.0	4	1.9
	Being a friend	0	0.0	5	29.4	0	0.0	5	2.3
Mental health service	Mental health service	15	8.0	0	0.0	0	0.0	15	7.0
Service for women and children	Delivering side dishes	0	0.0	0	0.0	4	44.4	4	1.9
Total no of referral		187	100.0	17	100.0	9	100.0	213	100.0

* D.M=Diabetes mellitus; B.P=Blood pressure.

Table 8. Medical Care Expenditure in 2006 and 2007

	2006	2007	Increasing rate(%)
Days for beneficiaries (days)	5,642,986	5,768,010	2.2
Total expenditure (won)	46,717,539,160	48,868,052,450	4.6

Table 9. Change in Medical Care Expenditure : 2005-2006 and 2006-2007

	2005-2006			2006-2007		
	2005	2006	Rate of change	2006	2007	Rate of change
Days for benefits (days)	4,979,492	5,642,986	13.3%	5,642,986	5,768,010	2.2%
Total expenditure (won)	39,213,491,350	46,717,539,160	19.1%	46,717,539,160	48,868,052,450	4.6%

2007년도 진료비 현황을 2006년과 비교해 보면, 급여일수는 5,642,986일에서 5,768,010일로 2.2% 증가하였으며, 급여비는 46,717,539,160원에서 48,868,052,450원으로 4.6% 증가한 것으로 나타났다(Table 8). 그러나 이를 텔레케어 사업이 시작하기 이전 해인 2005-2006년의 급여일수 증가율이 13.3%, 급여비 증가율이 19.1%인 것과 비교해 보면 사업시작 후 급여일수 및 급여비는 모두 증가폭이 10% 이상 감소한 것을 알 수 있다(Table 9).

Ⅳ. 논 의

빈곤계층은 질환과 사고에 의한 사망위험이 높다. 불건강은 과도한 의료비 지출과 생산력 손실로 이어져 빈곤상태를 초래하거나 악화시키며, 역으로 빈곤 자체는 질병, 사고의 위험율을 증가시켜 건강악화를 가속화시키는 역할을 하고 있다(Kim, Shin, Yu, Jeon, & H, 2003). 의료급여수급권자들은 이러한 빈곤계층의 건강 상황을 단적으로 드러내는 계층으로서, 빈곤계층

의 특성은 이들 수급권자의 의료비용 상승의 주원인이 된다. 보건의료 분야에서의 사례관리는 질과 비용-효과적인 결과를 향상시키기 위해 커뮤니케이션과 가용한 자원을 활용하여 개인의 건강필요에 맞는 선택사항과 서비스를 사정, 계획, 시행, 조정, 모니터, 평가하는 협동적 과정(Mullahy 1998)으로 정의된다. 미국에서 1970년에 사례관리가 공식적이고 차별화된 전문직으로 발전하기 시작한 것은 메디케어(Medicare)와 메디케이드(Medicaid)가 재정을 지원하는 사례관리 시범사업을 통해 그 효과를 확인한 이후이다. 미국은 사회보장법이나 노인법, 가족지원법 등과 같은 법적지원을 바탕으로 사례관리를 주도적으로 실시하고 있으며, 건강한 고령자까지 대상에 포함시켜 예방적인 측면을 강조한 사례관리사업이 시행되고 있다. 시장규모는 1997년 8천5백만 달러에서 2002년에는 6억 달러로 증가하였으며 많은 민간보험자들이 고유프로그램을 개발하고 있다(Frankel & Gelman, 2004). 사례관리는 대상자들의 보건의료서비스에 대한 만족도를 향상시키고 의료비용을 효과적으로 절감한 점이 지지되고 있다.

이러한 측면에서 볼 때 의료급여수급권자에 대한 사례관리 서비스는 매우 적절한 사업으로 판단된다. 의료급여수급권자의 열악한 건강특성 및 의료급여서비스에 대한 도덕적 해이 등으로 인해 그 동안 의료급여비는 급속히 증가하여 왔다. 특히 일부 수급권자의 경우는 의료기관 방문 동기가 정기적인 이용, 정신적 안정을 위한 이용 등 치료 목적이 아닌 경우가 많았다. 이는 사회적 지지가 미약하거나, 지역사회중심의 보건복지서비스 체계가 열악하여 상담, 교육, 정보제공 및 지지기능이 미흡한데 기인한다(Rhee, 2006). 본 사업에서도 독거노인을 위한 U-안심폰이나 정신보건센터의 연계가 타 연계영역에 비해 높게 나타난 것도 그간 일부 수급권자들이 사회적 지지를 위해 의료서비스 이용을 했을 가능성을 보여준다. 한편 의료급여수급권자에 대한 설문조사에서(Kim et al., 2007) 복지관에서 원하는 서비스로 건강관련서비스(의약품지급, 물리운동 치료)가 가장 높게 나타나고 있는 것도 복지와 보건의 기능이 통합되어 서비스를 제공할 수 있는 보건복지서비스가 현실적으로 더욱 강화되어야 할 것임을 보여준다. 본 사업에서도 사회복지 자원연계를 주요 사업내용으로 포함시켜 추진하였으나, 실제사회 복지관의 경우 이미 이용자가 포화인 경우가 대부분이어서 새로운 신규 대상자를 받아들일 수 없는 경우가 많았다. 그 결과 주로 자원연계가 무료건강검진 및 암 검진 연계 등에 치중된 것을 알 수 있다. 이는 지역에서의 사례관리가 성공하기 위해서는 자원개발이 중요하다는 것을 잘 보여준다.

그럼에도 불구하고 실제로는 자원연계 시 상호협조관계가 비교적 원만했던 것은 본 의료급여텔레케어사업의 실시 주체가 행정조직인 구청이었기 때문이었다. Jung(2005)은 사례관리 현장에서의 현실적인 문제로 보건복지의 통합서비스에 대한 필요성과 효과성을 인식하지만 실질적인 협력관계가 이루어지지 않고 있음을 지적하였다. 그러나 본 시범사업은 구청의 주민복지국장이 자문단장을 맡아 지역 내 보건복지 조직에 대한 협력을 촉구할 수 있었기 때문에 자원연계가 비교적 쉽게 될 수 있었다. 이렇듯 본 사업을 통해 지역사회 내 자원과의 협력을 통해 지역사회 역량을 구축할 수 있었던 것은 가장 큰 소득이었다고 생각된다. 특히 공공기관 간, 즉 보건소와 동사무소간의 연계, 건강문제를 가진 대상자에 대한 복지서비스 연계체계의 구축은 그 동안 제기되어 왔던 보건과 복지의 통합의 모범사례로서 제시될 만하다.

사례관리는 1995년 제정된 정신보건법에서 사례관리가 필수사업의 하나로 지정되었고, 1998년부터 보건소에서 실시하는 방문간호사업과 사회복지관의 재가복지 서비스로 사례관리가 실천되고 있지만, 아직까지도 사례관리의 정의에 관한 합의나 개념의 명료성이 부족하며, 구체적인 지침이 마련되지 않은 실정이며, 연구 또한 매우 미흡한 수준이다. 추후 의료급여사례관리 사업의 경험과 연구를 통해 우리나라 사례 관리 사업에 대해 고찰하는 계기가 될 것을 기대한다. 본 의료급여사례관리 사업은 현장에서 많은 수의 단기간에 의료수급권자를 파악함으로써 위험대상자를 파악하고 모니터링 할 수 있는 장점이 있다. 실제 사업 시작 6개월 만에 전체 수급권자의 43.4%를 접촉한 것은 매우 큰 성과라고 볼 수 있다. 본 사업은 이처럼 많은 수를 관리하면서 동시에 집중적인 도움이 필요한 대상자에 대해서는 심도 있는 접근도 가능하다. 즉, 상담횟수에서 1회 상담 대상자가 비록 가장 많기는 하였지만(34.2%(3,318명)), 5회인 경우도 4.6%(442)이었으며, 10회 이상 상담한 대상자도 124명(1.3%)으로 나타난

것이 이를 보여준다. 또한 상담대상자의 특성에서 집중대상자가 2317명(23.9%), 위기군이 363명(3.7%)인 것도 도움이 필요한 대상자들에 대해 관리사들이 접근하고 있음을 보여준다. 또한 대상자군을 연령별로 살펴볼 때는 70대 이상 노인군이 가장 많았다. 따라서 이러한 노인이 대다수인 집중대상자 및 위기군에 대한 사례관리 사업 시 실제 의료비 절감보다는 의료비 사용 증가가 초래될 수도 있다. 그러나 본 평가에서는 자료의 부족으로 연령별 진료비 증가에 대한 분석은 할 수 없었다. 다만 의료급여텔레케어 시범사업은 전체적으로 진료비의 증가 추세를 둔화시키는 효과가 있음을 보일 수 있었다.

그러나 Rhee(2006)는 의료급여수급권자들의 요구와 특성에 부합되는 서비스를 제공하지 못한 채 의료급여비 증가를 단순히 도덕적 해이로 판단하여 정책을 추진하게 되면 의료급여수급권자에 대한 의료보장 기능도 제대로 수행할 수 없을 뿐만 아니라 재정도 절감하기가 어렵게 될 것이라고 제시하였다 따라서 의료급여서비스 이용이 많은 만성질환자, 노인인구 등의 중점관리 대상을 파악하여 이들의 요구와 특성을 주기적으로 모니터링하고 분석할 수 있는 모니터링체계를 구축할 필요가 있다. 또한 실제 의료비 절감을 위해서는 불필요한 이용의 주요 원인을 공급자 요인과 수급권자 요인으로 구분하여 규명하여 관리하는 체계가 필요하다. 그러나 본 시범사업에서는 공급자에 대한 관리는 매우 어려웠다. 공급자를 관리할 수 있는 방법도 부족했고 특히 의료급여 관리사들의 법적 자격이 명확하지 않았기 때문이다. 따라서 의료급여사례관리사업의 성공적인 시행을 위해서는 공급자에 대한 관리방안 및 이를 위한 의료급여관리사의 법적 권한에 대한 준비가 필요함을 제시할 수 있다(Oh, Choi, & Yu, 2008).

본 사업과정에서 드러난 점은 보건소, 사회복지관 및 건강보험공단 등 다양한 분야에서 제공되는 저소득계층의 건강관리의 상호 통합이 필요하다는 점이었다. 현재 각각 분절되어 제공되는 이러한 사업에 대해 강점과 문제점 및 연계체계 구축방안 등에 관한 연구를 통해 지역 사회 내 사업이 보다 효율적으로 운영되도록 해야 할 것이다. Rhee(2006)는 사례관리서비스를 필요로 하는 사람들의 공통적인 특성을 설명하고 있는데, 첫째는 대상자들이 한 분야만이 아니라 여러 분야의 도움이 필요한 복합적인 문제를 안고 있으며, 둘째로 대상자들은 무지나 역기능적인 태도로 인하여 도움을 구하는데 어려움이 있다는 것이다. 이러한 특성은 우리나라의 의료급여수급권자의 특성과 일치된다(Kim et al., 2007). 의료급여사례관리 사업은 건강상의 위험이 높은 의료급여수급권자에 대한 사회적 보호 기능과 아울러 국민의 세금으로 운영되는 의료급여 제도의 효율적인 운용을 동시에 도모할 수 있는 제도로서 추후 보다 정밀한 평가를 통해 사업의 정당성을 확보해 나가야 할 것이다.

Ⅴ. 결론 및 제언

본 연구는 서울시 일개 구에서 시행된 의료급여텔레케어사업에 대해 그 효과를 검증하고자 수행되었다.

의료급여텔레케어사업은 총 10명의 의료급여관리사에 의해 수행되었으며 사업 목적은 의료수급권자의 건강관리능력 함양과 효율적인 의료비 이용이었다.

사업수행 기간은 2007년 7월 1일 부터 12월 31일까지였다. 텔레케어 사업실적을 파악하기 위하여 기록된 자원연계 횟수를 파악하였고, 업무기록이 입력된 기록지에 대해 단순 서술적 통계분석을 실시하였다. 진료비 분석은 공단자료를 이용하였다.

본 연구결과 사례관리 대상자는 총 9,714명으로서 총 의료급여수급권자의 43.4%이었다. 대상자는 여자 61.8% (6,002명) 및 고령인 70대가 22.0%(2,136명)가 많았으며 일시관리군 43.9%(4264명) 위주로 진행되었다. 1인당 상담횟수는 1회상담이 가장 많았으며(34.2%, 3.318명) 서신과 51.0%(12,872명), 전화41.0%(10,128명) 를 이용한 관리가 많았다. 지역사회 타 자원에 의뢰된 건수는 총 203건이었고 대부분 성공적으로 처리되었다(183건(90.14%)). 사례관리사업을 통해 진료비 증가비율이 전년13.3%에서 2.2%로 감소되었다.

본 의료급여텔레케어사업은 현장에서 단기간에 많은 수의 의료수급권자를 파악함으로써 위험 대상자를 파악하고 모니터링할 수 있는 장점이 있었다. 즉, 본 사업은 많은 수를 관리하면서 동시에 집중적 도움이 필요한 대상자에 대해서는 심도있는 접근도 가능하였다.

의료급여텔레케어사업은 진료비의 절감 효과를 가져

왔다. 비록 절대 액수의 감소효과는 없었지만 진료비 증가추세를 둔화시킬 수 있었던 것이다. 이는 사업 수행기간이 짧은 것에 비해서는 큰 효과라고 평가된다. 이러한 사업 성과는 특히 행정기관이 주축이 되어 사업을 실시함으로써 지역사회 내 유관기관들의 협조가 가능했기 때문이었다.

추후 본 사례관리사업이 수급권자에 대한 의료보장 기능과 동시에 재정 절감을 도모하기 위해서는 의료급여 수급권자들의 요구와 특성에 부합되는 서비스를 제공할 필요가 있다. 즉, 의료급여서비스 이용이 많은 만성질환자, 노인인구 등의 중점 관리대상을 파악하여 이들의 요구와 특성을 주기적으로 모니터링하고 분석할 수 있는 모니터링체계를 구축해야 한다. 또한 실제 의료비 절감을 위해서는 불필요한 이용의 주요 원인을 공급자 요인과 수급권자 요인으로 구분하여 규명하여 관리하는 체계가 필요하다. 이러한 제반 사업여건이 갖추어진다면 의료급여텔레케어사업의 효과는 더욱 분명해질 것으로 보인다.

References

Jung, S. D. (2005). A study of long-term care system in Kyunggi-do focused on institutional care. *Research on Elderly Welfare*, 29, 7-40.

Frankel, A. J., & Gelman, S. R. (2004) *Case management.* Chicago: Lyceum Books.

Kim, U. S., Nam, J. J., Ko, I. S., Kim, M. Y., Lee, D. M., Choi, J. S., Kim, K. S., Shin, S. M., Yang, I., S., & Lee. S. H. (2007). *Long-term medical service use status of medical aid beneficiaries and it's improvements.* Seoul: Research Center for Social and Welfare of Yonsei University.

Kim, C. Y., Shin, Y. J., Yu, W. S., Jeon, K. J. & H, S. (2003). *A study on long-term development plan for medical service assurance for low-income class.* School of public health, Seoul National University, Seoul.

Korea Human Resource Development Institute for Health and Welfare (2008). *Job training material for medical aid client managers.* Seoul: Author.

Lee, I. S., Kim, J. Y., Choi, J. S., & Kang, H. K. (2003). *Community-focused measures for strengthening the management for medical aid benefits.* Seoul: Research Center for Social and Welfare of Yonsei University.

Ministry of Health, Welfare and Family affairs (2007a). *2007 Plan for allocation medical aid client managers.* Seoul: Author.

Ministry of Health, Welfare and Family affairs (2007b). *Introduction for medical aid programme in 2007.* Seoul: Author.

Ministry of Health, Welfare and Family affairs (2008). *Measures for financial stabilization and strengthening security for medical aid programme in 2008.* Seoul: Author.

Mullahy, N. (1998). *Essential readings in case management.* New York: Aspen Publication.

Oh, J. J., Choi, J. M., & Yu, W. S. (2008). *Job analysis and methods for enhancing efficiency of medical aid client managers.* Seoul: Ministry of Health, Welfare and Family affairs · Dankook University.

Rhee, W. H. (2006). *Developing a case management strategies program for Korean medical aid clients,* Unpublished doctoral thesis, Hanyang University, Seoul.

Shin, Y. S. (2005). Basic livelihood security and medical aid programme. *Health and Welfare Forum,* 108, 43-54.

Shin Y. S., Choi, B. H., Shin, H. W., Hwang, D. K., & Yoon, S. J. (2005). *Study to improve the benefit structure of medical aid based on the analysis of medical costs.* Seoul: Ministry of Health, Welfare and Family affairs · Korea Institute for Health and Social Affairs.

ABSTRACT

Outcome of a Pilot Project on Case Management Service for Medical Aid Clients*

Oh, Jin-Joo(Professor, Department of Nursing, Dankook University)

Purpose: This study analyzed outcomes of a Telecare case management service pilot project for Korean Medicaid Program Clients in Seoul. Outcome data for provided services and medical aid cost data were analyzed. **Methods:** Case management services were delivered by 10 medical aid managers. The period of the project was from July to December 2007. **Results:** The total number of the objects was 9714, representing 43.4% of the total medical aid clients in the area. The average number of consults was 2.58. Consults were most frequently via letter and telephone, with in- person visits being least common. Of the total, 213 cases were referred to community services, 87.8% were transacted successfully. The medical expenditure was less than that from January-June, 2007. **Conclusion:** Telecare service via mail or telephone allows contact with many clients in a short time which can enable the discover and monitoring of high risk clients. This can be accomplished at a cost savings to the Korean Medicaid Program.

Key words : Korea, Medicaid, Case management, Health expenditure

* The present research was conducted by the research fund of Dankook University in 2009.